

社会福祉法人東かがわ市社会福祉協議会
会 長 様

住所 東かがわ市
申請者 氏名

印

サロン事業（実施・助成）申請書

サロン事業の（実施・助成）について申請いたします。

記

1. 申請希望金額 _____ 円

2. 事業計画

団 体 名		実施場所	
代表者氏名		連 絡 先	
実施予定期日	毎 月 () 回 () 曜日または () 日 年 間 () 回 その他 ()		

助成金振込先									
金融機関名				支店名					
預金種別	当座・普通	口座番号							
(フリガナ) 口座名義									

※通帳の写しを添付

助成金内訳	規模割	人数割	回数加算	合 計
	円	円	円	円

様式第4号

サロン事業実施計画書

(団体名： _____ 代表者名： _____)

実施予定日	実施予定内容	参加予定者数
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		
月 日 ()		